UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 90

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ULCÈRES DU CANAL PYLORIQUE

Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie
(Professeur agrégé Jacques DUBARRY)
de la Clinique Médicale du Professeur DUPÉRIÉ.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Juillet 1950

PAR

Michel-Jean MATHIO

Né à Lit-et-Mixe (Landes), le 16 Janvier 1924

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
BROUSTET, professeur .....
DUBARRY, agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1950

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0066

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 90

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ULCÈRES DU CANAL PYLORIQUE

Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie
(Professeur agrégé Jacques DUBARRY)
de la Clinique Médicale du Professeur DUPÉRIÉ.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Juillet 1950

PAR

Michel-Jean MATHIO

Né à Lit-et-Mixe (Landes), le 16 Janvier 1924

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
BROUSTET, professeur .....
DUBARRY, agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique medicale	DUPERIÉ, CREYX
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	N.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie), TAYEAU (Chimie biologique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	M^lle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC, DUBARRY, F.-J.TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LÉVY
Chirurgie générale	POUYANNE, LAUMONIER, CHAVANNAZ
Chimie biologique	N...
Obstétrique	MAHON, CHASTRUSSE

	MM
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	MAHON
Puériculture	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

AUX MÉDECINS DE MA FAMILLE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-J. DUBARRY

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui nous a fourni les éléments de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement et les conseils qu'ils nous a donnés.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUPÉRIÉ

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse.
Hommage respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ULCÈRES DU CANAL PYLORIQUE

INTRODUCTION

La classification des ulcères digestifs est établie d'après leur lieu d'implantation; de même que les faces et les courbures gastriques ou le duodénum, la région pylorique peut être le siège d'ulcérations. Mais cette région sphinctérienne mérite une plus stricte fragmentation; il est utile de séparer les ulcères du canal pylorique des ulcères des régions avoisinantes, soit gastrique pré-pylorique ou du bulbe duodénal. Cette conception d'ulcère du canal pylorique est assez récente; elle a pris corps à la suite des premiers examens radiologiques qui ont présenté le pylore comme un canal reliant l'estomac au duodénum.

Gutmann, le premier, isola l'ulcère du canal pylorique ou « pylorique vrai ». La définition a, depuis lors, été retenue; l'ulcère du canal pylorique possède une histoire clinique, une évolution et des complications indépendantes des manifestations cliniques des lésions ulcéreuses proches du sphincter. Du point de vue de sa pathologie ulcéreuse, le pylore ne doit pas être considéré comme une valvule avec deux versants, mais comme un canal dont la lumière peut être le siège d'ulcérations, au même titre que les autres muqueuses digestives.

Très peu d'auteurs ont déjà étudié l'ulcère du canal pylorique; en particulier en France, en dehors de Gutmann qui a inspiré sa thèse à Hoffmann, il n'y a que Garin, de Lyon, qui a fourni des observations analogues à Ridnik.

Nous apportons notre modeste contribution à cette question des ulcères du canal pylorique en étudiant dix cas personnels, tous dus à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J.-J. Dubarry. Nous nous efforcerons, dans notre travail, d'étudier comparativement nos cas à ceux des deux thèses précitées.

RAPPEL ANATOMIQUE SUR LE CANAL PYLORIQUE

Décrit par les anatomistes, le pylore est l'orifice inférieur de l'estomac et le point de départ du canal intestinal. Il est marqué extérieurement par un léger rétrécissement, le sillon duodéno-pylorique, et parfois, à sa surface, circule une veine, la veine pylorique dont on a cependant exagéré la valeur indicatrice. Pour le chirurgien, le repérage du pylore est toutefois plus facile par la palpation qui fait ressortir un épaississement de la paroi.

Sa situation médiane, ou un peu déportée à droite, correspond au corps de la première lombaire en position couchée, et à celui de la troisième, le sujet étant debout. Son axe est orienté de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite.

Les coupes pratiquées au niveau du pylore le présentent comme un canal dont le diamètre varie de 12 à 15 millimètres, sa longueur allant de 5 à 10 millimètres. Des deux versants pyloriques, le duodénal est taillé à pic, tandis que du côté gastrique il se continue insensiblement avec les parois du vestibule pylorique.

Sa constitution histologique en fait un sphincter formé de fibres musculaires circulaires identiques à celles des couches correspondantes de l'estomac, mais plus volumineuses et plus serrées. Une muqueuse tapisse le canal, sur laquelle se dessinent trois plis : l'un supérieur, l'autre inférieur, et le troisième postérieur, résultant de la réunion de deux plis de l'antre.

Le pylore présente les rapports suivants :

Sa face antérieure est séparée de la paroi abdominale par le lobe carré du foie; en arrière, il est en rapport avec les vaisseaux du foie, artère hépatique et veine porte, se rendant dans le petit épiploon, lequel s'attache sur la face supérieure du pylore. A ce niveau, émergent l'artère hépatique et les nerfs pyloriques. Enfin, le bord inférieur donne insertion à l'extrémité droite du grand épiploon. Le pancréas entre en rapport avec le pylore, en arrière de ce dernier, alors que la vésicule est en haut et à droite.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES ULCÈRES DU CANAL PYLORIQUE

LEUR FRÉQUENCE

Il était difficile, avant l'ère radiologique, d'établir des statistiques précises concernant la fréquence des ulcères du canal pylorique. Les occasions où le diagnostic pouvait être confirmé étaient rares; seules les interventions chirurgicales ou les autopsies permettaient de vérifier le siège exact des lésions ulcéreuses. Les pourcentages donnés par les auteurs étaient, de ce fait, assez différents; nous retrouvons des chiffres oscillant entre 0 et 39 % d'ulcères pyloriques. Pierre Caille aurait trouvé 9 % d'ulcères pyloriques, Salloz et Moppert en comptent 17 %. Il est hors de doute que ces chiffres comprennent nombre d'ulcères des régions avoisinant le canal, englobant les portions gastrique ou duodénale voisines du pylore lui-même. Les précisions apportées par Gutmann sur la délimitation du canal et aussi la valeur localisatrice de l'examen radiologique donnent aux statistiques récentes une plus grande stabilité.

Nos cas personnels, observés parmi plus d'un millier d'ulcéreux digestifs suivis par le Professeur agrégé Dubarry en quatorze ans, nous donnent un pourcentage un peu inférieur à 1 %. Ce chiffre est peu éloigné de celui rapporté par Hoffmann qui, dans sa thèse, cite 44 observations et aboutit à un pourcentage ne dépassant pas 1 à 2 %.

Pour toutes nos observations, il s'agit d'ulcères du canal pylorique, radiologiquement confirmés, pour lesquels une image de niche a été observée sur les clichés radiographiques.

LEUR SIÈGE

Les images radiologiques montrent, le plus souvent, une tache sombre sur le trajet d'un canal non opacifié ou bien débordant celui-ci; il s'agit d'une niche de face qui est retrouvée sur les clichés que nous reproduisons. Or, cette niche de face, pour HOFFMANN, intéresse dans la majorité des cas la face antérieure. Cet auteur indique que sur 18 cas d'ulcères du canal opérés, huit fois l'ulcère était sur la face antérieure et une fois sur la face postérieure; pour les neuf autres cas, les localisations ne sont pas signalées. Un seul de nos malades a été opéré et le compte rendu opératoire mentionne l'existence d'un gros ulcère calleux sténosant et fortement adhérent au pancréas. Il a été pratiqué une gastro-entérostomie, le siège de l'ulcère n'a pas été précisé.

Le chirurgien peut d'ailleurs avoir quelques difficultés à localiser l'ulcère; l'œdème qui accompagne la lésion peut en masquer les contours et, d'autre part, le palper ne permet pas toujours de bien repérer le pylore. Seul l'examen de la muqueuse mise à nu est plus probant.

Cependant, l'examen radiologique reproduisant l'intérieur même du pylore renseigne beaucoup mieux sur le siège de l'ulcération; cette connaissance a, pour le pylore, une importance capitale; d'après les données classiques, la cancérisation n'est à redouter que pour les ulcères gastriques auxquels sont rattachés les ulcères du canal pylorique.

SEXE ET AGE

Les hommes sont plus souvent porteurs d'ulcères du canal pylorique que les femmes, dont trois seulement sur nos dix observations ont une telle lésion.

Le moment où l'ulcère débute cliniquement est proche de l'âge moyen de la vie, aux environs de trente-cinq à quarante ans. Pour certains, les troubles apparaissent un peu plus tôt, vers vingt-cinq ans, et c'est sensiblement entre trente et quarante-cinq ans que l'ulcère du canal pylorique est le plus fréquent.

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons sont personnelles et toutes dues à l'obligeance du Professeur agrégé J.-J. Dubarry. Nous avons jugé bon de les classer en partant des syndromes ulcéreux les plus typiques.

Observation I

Dup..., vu en mai 1944, âgé de quarante-cinq ans à cette époque.

Souffre depuis vingt ans de l'estomac, par périodes d'une quinzaine revenant tous les deux ou trois mois. Les douleurs tardives n'ont pas d'irradiation dorsale; quelques pituites très acides; pas d'appétit en crise. Il maigrit mais reprend ensuite. N'a pas d'intolérance alimentaire. C'est un fumeur.

Examen abdominal négatif.

L'examen radiologique met en évidence une niche pylorique avec coudure du canal.

Ce malade est traité par l'Algipan et potion blanche (1).

Revu en juillet 1944, ce malade n'a plus souffert. Il va très bien. A grossi de 800 g. et a bon appétit. Poids : 47 kg. 800.

En janvier 1945, état satisfaisant, mais doit suivre un régime. Les noix, haricots, marrons, le vin pur lui donnent du pyrosis. Il ne fume plus et a grossi de 4 kilogrammes.

Examen toujours négatif, sauf léger météorisme. Tension artérielle = 13 - 7,5.

Il prend alors du bismuth, titane, Hista-Dimilli, successivement.

(1) La potion blanche est une association de poudres inertes : bismuth, kaolin, magnésie, craie, oxyde de titane, à du sirop de belladone et du sirop de bromure, dans un julep gommeux.

Revu en juin 1945, avril 1946 et décembre de la même année. Le malade est toujours en bon état, sauf une poussée douloureuse, récente, d'une semaine environ, souffrant à 11 heures et 17 heures. On institue le traitement bromure-atropine intraveineux. Depuis, le malade va bien. Il pèse 64 kilogrammes en mai 1949. Il a grossi de 17 kilogrammes depuis la première consultation.

De nouveaux clichés montrent une tache persistante sur le canal pylorique.

Début 1950 : il est toujours très bien.

En résumé, syndrome ulcéreux typique; le siège de l'ulcère a été révélé par l'examen radiologique. Le malade a très bien réagi au traitement, ne souffre plus et a grossi de 17 kilogrammes en cinq ans.

Observation II

Cap..., vu en décembre 1943. Il a quarante-deux ans à cette date.

Souffre de l'estomac depuis dix ans, par périodes d'abord espacées de trois à quatre ans, puis se rapprochant tous les deux ans, un an, six mois, et de plus en plus fréquentes. Au début, périodes de quelques semaines s'allongeant à plusieurs mois; la dernière a duré sept mois.

Autrefois, il n'avait qu'une seule crise quotidienne, à 17 heures, puis crises à 11 heures et 17 heures, et une troisième crise nocturne, entre minuit et 2 heures du matin. Au début, les douleurs sont à type de crampes, torsions et, actuellement, transfixion. Pas de nausées ni vomissements. Les crises sont calmées par l'alimentation et la chaleur. Appétit toujours bon. Pas d'intolérance alimentaire. Ni fumeur, ni buveur. Poids stationnaire, mais avait maigri.

A été traité par Laristine et Spasmoryl, mais la douleur devient presque constante et empêche le malade de travailler.

Un examen radiologique pratiqué en novembre 1940 révèle un ulcère du canal pylorique.

Suit un traitement par Algipan et potion blanche.

En janvier 1944, pas de grosse amélioration. Le lait est mal

supporté. On essaie bismuth et paratyrone. Le malade reste bien un an, avec poids stationnaire à 60 kilogrammes, puis a resouffert.

En janvier 1946, il présente encore des troubles : nausées, crises douloureuses, qui se suivent.

Examen : tension diffuse de la région sous-hépatique. Est traité avec bromure-atropine intraveineux puis scurocaïne intraveineuse.

Examen radiologique révélant un estomac s'évacuant bien, sans ulcère visible. Progrès incontestable.

En résumé, syndrome ulcéreux typique, à évolution progressive puis régressive sous l'effet du traitement.

Observation III

Leb... (Maurice), employé à la S. N. C. F., vu en janvier 1944, il est âgé de cinquante et un ans.

Présente, deux à trois heures après les repas, des douleurs à type de crampes, brûlures, sans vomissements. Il souffre ainsi depuis huit ans, par périodes. Un traitement par la Laristine l'a soulagé. Il va bien durant trois mois, puis a une nouvelle poussée avec un intervalle de bien-être jusqu'en décembre 1945. A ce moment, il souffre à peu près tous les jours, dès qu'il se fatigue. L'horaire est identique : douleurs vers 15 - 16 heures, jamais la nuit. Poids stationnaire. Est fumeur et buveur.

L'examen est normal, sauf tension épigastrique.

L'examen radiologique indique une hypertonie gastrique avec contraction immédiate, évacuation rapide. Les clichés montrent un ulcus de l'anneau pylorique.

Il s'agit donc d'un syndrome ulcéreux classique au début, dont la douleur devient plus fréquente et qui n'est que peu sensible au traitement.

Observation IV

Thom... (Henri), employé à la S. N. C. F., vu en mai 1942, il est âgé de cinquante-deux ans.

Souffre de crises d'estomac très violentes vers 17 heures,

18 heures et toute la nuit. Il vomit quelquefois. Cet état dure depuis trois mois. Les douleurs ne sont pas quotidiennes; elles sont transfixantes. Pas d'amaigrissement; le malade pèse 47 kg. 500.

Examen négatif. Examen radiologique : ulcère du canal pylorique.

Le malade est traité par la Laristine et absorbe des paquets alcalins et de la belladone, au moment des douleurs.

Trois mois plus tard, il souffre beaucoup moins, a une simple sensation de plénitude.

Examen négatif. Traité par Hista-Dimilli et poudre.

Revu en octobre 1945, il a été très bien durant trois ans, mais souffre à nouveau depuis quarante-cinq jours, par crises très violentes, souvent nocturnes, durant cinq à six heures. Irradiations dans le dos. Conserve bon appétit; pas d'intolérance alimentaire. Le malade a maigri de 3 à 4 kilogrammes.

On institue une série de piqûres intraveineuses de bromure-atropine qui le soulagent vite. L'examen radiologique de contrôle montre la persistance de l'ulcère qui, cependant, diminue.

En avril 1946, son poids est de 51 kg. 400. Il va mieux. Ressent seulement quelques brûlures, quatre à cinq heures après les repas, un jour tous les cinq ou six jours.

Examen : région solaire sensible; tension épigastrique.

Donc, malade porteur d'un ulcère du canal pylorique à début violent, avec douleurs périodiques assez typiques et soulagées par les médications.

Observation V

Fond... (Victor), minotier, vu en novembre 1947, âgé de trente-neuf ans.

Commence à souffrir de l'estomac en octobre 1946, durant un à deux mois. On incrimine le cœur, sans faire d'examen radiologique. En novembre 1947, les mêmes troubles réapparaissent, qui sont calmés par des plâtrages.

L'appétit est réduit, surtout pendant les périodes douloureuses. Le malade est bien le matin; vers 11 heures apparaît un

poids épigastrique qui est calmé par le repas. Pas de douleurs l'après-midi, si le malade s'étend. Sinon, vers 15 ou 16 heures, surviennent quelques malaises avec renvois alimentaires. Le malade est calmé par la magnésie ou bien le repas du soir. Il n'a pas de troubles s'il reste étendu.

Examen : point duodénal sensible.

Il a reçu une série de piqûres intraveineuses de bromure-atropine.

Deux ans plus tard, en février 1949, le malade présente quelques malaises passagers, mais grâce au traitement et à l'hygiène alimentaire, il mène une vie normale.

On est ici en présence d'un ulcère du canal pylorique à périodes douloureuses inégales en durée, et à intervalles assez variables, s'écartant un peu du schéma classique.

Observation VI

Tron... (Albert), employé à la S. N. C. F., vu en décembre 1948, il a trente-trois ans.

Souffre de douleurs épigastriques depuis un mois, sans troubles du réveil. Il a bon appétit, mais présente, une heure après le repas de midi, du ballonnement, de la pesanteur, des renvois de gaz et quelques crampes qui durent jusqu'au dîner. Le décubitus calme la douleur. Il a eu quelques vomissements alimentaires.

L'examen montre une tension épigastrique sans douleurs vives.

L'examen radiologique met en évidence un ulcère du canal pylorique net. Stase gastrique importante.

En février 1949, il va mieux. A été très soulagé par le bromure-atropine intraveineux. Il a des renvois de gaz, mais plus de vomissements. Radiologiquement, gros ulcère du canal pylorique.

En somme, ulcère du canal pylorique à tendance sténosante spasmodique au début, amélioré par le bromure-atropine intraveineux.

Observation VII

Chim..., receveur des postes, vu en décembre 1949, est âgé de quarante-huit ans.

Présente des troubles digestifs depuis 1944. Il avait cependant eu des renvois de gaz auparavant. Etant enfant, il vomissait son petit déjeuner.

En novembre 1940, un surmenage excessif entraîne une grande asthénie. Il est pris de hoquet durant toute une nuit et a des renvois de gaz abondants. Il est très ballonné. Tension artérielle effondrée.

Le malade est mis au repos; il reprend 8 kilogrammes en trois mois. Après cinq mois de repos, reprend du service et présente quelques troubles. Il ressent des douleurs dans le dos et dans le ventre, a du pyrosis. Son appétit et ses digestions sont variables.

L'examen reste négatif. Tension artérielle à 14,5 - 7,5.

L'examen radiologique révèle une sténose incomplète quoique très importante du pylore. Les films objectivent parfaitement un ulcère du canal pylorique. Le malade est traité par Hista-Dimilli, potion blanche, et mis au régime lacté.

Il prend du repos mais, au bout de quinze jours, il est pris de vomissements abondants teintés de sang qui font décider l'intervention. On pratique une gastro-entérostomie pour un ulcère calleux, sténosant, adhérant au pancréas et inextirpable.

Depuis, le malade va très bien; il n'a plus présenté de troubles.

Donc, ulcère du canal pylorique, aboutissant à une sténose pylorique complète, à longue échéance, et à caractères cliniques peu classiques au début.

Observation VIII

M^me^ Dess..., vue en mai 1949, elle a quarante-huit ans.

Elle souffre du ventre et de l'estomac depuis quinze mois. Elle est très forte et pèse de 90 à 100 kilogrammes. Elle était en bon état antérieurement. En janvier 1948, elle voit appa-

raître des nausées et des pituites sans goût; elle a eu, depuis cette date, trois vomissements alimentaires.

Ses nausées restent quotidiennes, apparaissent quatre à cinq heures après le repas, vers 17 ou 18 heures, et parfois à 3 heures du matin. Les réveils sont normaux. L'appétit est conservé, mais la malade a maigri de 23 kilogrammes, de février à septembre. Elle a une intolérance alimentaire pour les féculants, les sauces, les œufs, le lait, les coquillages.

La malade a fait un melæna.

Un traitement par le calcium a été suivi de gastralgies violentes. Les douleurs disparaissent avec l'arrêt du calcium, mais reprennent lors de la prise de Gasthrema. Depuis, avec du bismuth, la malade va mieux. Elle a repris un teint normal. Elle ressent encore des malaises irréguliers, durant un à deux jours de temps en temps. Parfois, souffre le matin jusqu'au repas de midi, mais les douleurs sont plus fréquentes l'après-midi, vers 17 heures, et sont accompagnées de nausées.

Le poids reste stationnaire et l'appétit bon.

L'examen abdominal, gêné par de la cellulite, donne l'impression d'un placard presque transversal.

L'examen radiologique révèle un ulcère légèrement sténosant du canal pylorique avec une niche bien visible.

Il s'agit donc d'un ulcère du canal pylorique dont le syndrome ulcéreux, avec périodes des malaises courtes et fréquemment répétées, est plutôt atypique.

Observation IX

M^me^ Bern... (Marguerite), vue en novembre 1949, elle a trente-six ans.

Elle ressent, depuis deux ans, du ballonnement épigastrique et a des renvois de gaz pénibles à rejeter. Elle est améliorée par le régime et conserve bon appétit.

Les malaises surviennent durant un à deux jours, de temps en temps. La malade est bien le reste du temps.

Depuis trois semaines, les troubles sont quotidiens avec ballonnement épigastrique, gargouillements, pyrosis. Elle n'a jamais vomi et est bien au réveil. Depuis, la malade a perdu l'appétit et a maigri.

L'examen abdominal révèle une légère sensibilité du carrefour sous-hépatique. L'état général demeure bon.

A l'examen radiologique, on note un estomac en bonne position, s'évacuant bien. Découverte, sur les clichés, d'un ulcère du canal pylorique.

La malade est traitée par la potion blanche, Hista-Dimilli et bromure-atropine intraveineux.

En janvier 1950, la malade va mieux, le traitement ayant été bien supporté. L'amélioration s'est faite sentir à partir du sixième jour du traitement.

En définitive, ulcère du canal avec manifestations atypiques, périodes courtes de un à deux jours, puis rapprochées. Légère tendance sténosante spasmodique.

Observation X

M^me^ Ser... (Elisabeth), vue en octobre 1946, elle est âgée de quarante-deux ans.

Elle a eu, trois jours avant la consultation, une hématémèse; elle souffre depuis quatre ans, par périodes d'une semaine, quatre fois répétées. Elle a bon appétit mais, dès qu'elle mange, souffre de l'estomac à se tordre.

L'examen est négatif, sauf sensibilité épigastrique haute.

Examen radiologique : estomac très hypertonique, sans sténose.

En mars 1947, la malade a grossi de 5 kilogrammes et pèse 41 kilogrammes; elle n'a plus de douleurs épigastriques. La malade va bien pendant dix mois, puis, en janvier 1948, présente une période douloureuse qui dure un mois environ. La douleur quotidienne est précoce, survenant le matin à 9 heures, à 14 heures l'après-midi, soit une heure après le repas.

Elle pèse 40 kilogrammes et a peu d'appétit. Le lait est bien supporté. L'état général a été amélioré par le Viosten.

En avril 1948, la malade souffre moins; elle a recouvré l'appétit, ne vomit plus et n'a plus de pituite.

Examen : sensibilité diffuse sous-hépatique.

Examen radiologique : ulcère du canal pylorique et antro-bulbite.

Elle refuse une intervention.

En juin 1948, son poids est de 41 kg. 700. Elle va tout à fait bien et a bon appétit.

En résumé, malade porteuse d'un ulcère du canal pylorique à périodicité douloureuse, courte et irrégulière, puis une poussée d'un mois. Elle réagit bien au traitement. Elle a eu une hématémèse peu importante.

ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie des ulcères du canal pylorique s'écarte, dans certains cas, du schéma ulcéreux classique. GUTMANN écrit notamment : « L'ulcère du canal pylorique n'a pas une symptomatologie unique et pathognomonique ». C'est plutôt par la diversité des caractères cliniques plus variables que ceux de n'importe quel autre ulcère, que les auteurs qui ont étudié la question ont été frappés.

En conclusion de leur étude, GUTMANN et HOFFMANN classent les ulcères du canal pylorique en deux catégories : l'une groupant les cas typiques, et l'autre les formes atypiques. C'est une classification analogue que nous avons adoptée.

Nos quatre premières observations correspondent aux cas typiques de GUTMANN : ce sont des ulcéreux pyloriques, à douleurs périodiques, pour lesquels l'horaire douloureux quotidien est respecté. La douleur à caractère cyclique fait son apparition tous les trois mois pendant une quinzaine chez le premier malade qui souffre depuis vingt ans. Le deuxième malade a des poussées douloureuses d'un mois environ, espacées tous les un à deux ans, et cela depuis dix ans. Les deux ulcères suivants (observations III et IV) évoluent avec la même périodicité douloureuse. L'horaire douloureux quotidien tardif : le malade souffre trois à quatre heures après le repas, vers 17 ou 18 heures, et n'est calmé que par le repas du soir, associé à la séparation bien nette des périodes douloureuses dans l'année, complète le syndrome ulcéreux. Pour ces quatre malades, l'évolution

de la maladie est tout à fait comparable au syndrome présenté par les malades porteurs d'ulcères des courbures gastriques ou du duodénum.

Cependant, le schéma classique n'est suivi que par la minorité des ulcères pyloriques, dont les manifestations sont plus souvent différentes entre elles et variables. Hoffmann comptait 32 % d'ulcères du canal pylorique à caractères cliniques typiques; nous obtenons le résultat de 40 % sur les dix cas que nous avons rassemblés.

Les 60 à 70 % d'ulcères du canal pylorique qui ne suivent pas l'évolution classique sont caractérisés par *l'absence de régularité dans l'apparition des périodes douloureuses.* L'évolution cyclique douloureuse est remplacée par l'apparition, souvent plus fréquente, de périodes douloureuses courtes avec intervalles de bien-être irréguliers. Le malade souffre pendant un, deux, trois jours, rarement plus d'une quinzaine, et les troubles réapparaissent après un laps de temps écourté, bien souvent inférieur à un mois et dépassant rarement deux ou trois mois.

Nos trois dernières observations font partie de ces cas tout à fait atypiques, pour lesquels la douleur survient un, deux ou trois jours, de temps en temps, chez les malades des observations VIII et IX, tandis que le malade de l'observation X a souffert quatre fois en quatre mois, par périodes d'une semaine.

La fréquence des périodes douloureuses est moins grande pour l'observation V; toutefois, si les deux premières crises ont été séparées par un an de bien-être, le malade a eu, au cours des deux années suivantes, plusieurs poussées douloureuses. Le malade de l'observation VII est un ulcéreux pylorique qui a évolué vers une sténose complète sans que l'on trouve de périodicité douloureuse dans l'histoire de sa maladie qui a précédé l'établissement de la sténose. C'est donc la brièveté des périodes douloureuses, en même temps que leur fréquence et leur irrégularité d'apparition, qui identifient plus spécialement les ulcères du canal pylorique

atypiques. Ils s'écartent cliniquement du syndrome ulcéreux classique et, en l'absence de toute autre participation, il y aura lieu de songer à cette diversité et cette variabilité des phénomènes douloureux de l'ulcère du canal pylorique pour le soupçonner.

L'horaire douloureux, dans la journée, est parfois différent de l'horaire habituel de la localisation ulcéreuse pylorique. Il peut être très tardif, s'apparentant à l'horaire douloureux de l'ulcère du duodénum, mais aussi il est parfois précoce. Malade qui souffre sitôt le repas, à 9 heures ou 14 heures, dans l'observation X, également le malade de l'observation VI voit survenir ses troubles une heure après le repas de midi.

En somme, par rapport aux autres ulcères, l'ulcère du canal pylorique revêt plus souvent une allure atypique.

La douleur de siège épigastrique est à type de crampes, torsions, même transfixion; elle est parfois très violente dès le début et amène le malade à consulter très rapidement, ce qui explique les diagnostics posés précocement. Cette douleur est calmée par les repas et aussi influencée par la position étendue. Les alcalins peuvent l'atténuer. Nous avons noté chez nos malades quelques vomissements acides, des nausées, des pituites parfois accompagnées de ballonnements; ces états ont été passagers et en rapport avec un état de sténose transitoire et peu poussée. Un seul de nos malades, qui a été opéré par la suite, avait des vomissements alimentaires par sténose pylorique marquée.

L'état général des malades est quelquefois altéré. Nous avons remarqué des amaigrissements notables, jusqu'à 20 kilogrammes. Souvent le malade a repris du poids à la suite du traitement. L'appétit est en général conservé, un peu diminué en période de crise, mais les malades n'ont pas d'intolérance alimentaire.

L'examen clinique n'est pas plus démonstratif pour l'ulcère du canal pylorique que dans les autres localisations ulcéreuses; il est bien souvent négatif; dans quelques

cas, il est constaté une légère sensibilité à la pression de la région pyloro-duodénale accompagnée parfois d'une légère défense au niveau du grand droit du côté droit. La recherche de cette sensibilité prend plus de valeur sous écran, où elle est plus facilement rapportée au pylore.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les ulcères du canal pylorique évoluent dans la majorité des cas sans entraîner les troubles graves que leur situation sphinctérienne aurait pu faire redouter. La sténose pylorique, consécutive à un ulcère du canal pylorique, est peu fréquente. Un seul de nos malades (observation VII) a abouti à une sténose pylorique complète, et cela avec un recul de dix ans et même davantage.

Toutefois, au cours de l'évolution de leur maladie, quelques malades ont ressenti des troubles d'évacuation gastrique, d'ailleurs peu intenses et passagers. Ils présentaient des nausées, des éructations, des renvois de gaz abondants accompagnés de ballonnement. Ces états, plus marqués en périodes de crise douloureuse, étaient transitoires et, pour certains, se sont rapidement atténués; pour d'autres, ont complètement disparu. Il s'agit, dans ces cas-là, d'ulcère du canal pylorique à tendance sténosante, mais dont l'état de sténose incomplète relève d'un état d'irritation spasmodique du sphincter pylorique.

Trois de nos malades ont présenté des troubles de ce genre; nous notons une sensation de ballonnement, de poids épigastrique et même quelques renvois alimentaires pour le malade de l'observation V, qui est d'ailleurs soulagé s'il s'étend. Dans l'observation VI, le malade se plaint de pesanteur, renvois de gaz abondants, succédant au repas de midi, comparables au ballonnement épigastrique avec gargouillements que présente la malade de l'observation IX.

Ces trois malades ont eu, à un moment de l'évolution de

leur maladie, une gêne au libre passage du contenu gastrique à travers leur pylore. Depuis, ces ulcéreux n'ont pas eu de nouvelles poussées évolutives.

Ainsi, des dix observations que nous avons étudiées, trois fois nous avons rencontré un état de sténose passagère et incomplète; un seul cas a évolué vers une sténose serrée, alors que six de nos malades n'ont, jusqu'à l'heure, jamais ressenti de troubles d'évacuation gastrique. Gutmann signalait déjà que 58 % des ulcéreux pyloriques restaient en dehors de toute manifestation sténosante et que, des 42 % des cas tendant à la sténose, au moins la moitié n'aboutissaient jamais à une sténose complète et irréversible. Lorsque celle-ci s'installe, c'est à la suite d'une longue évolution progressive. Au début, les troubles sont transitoires, puis la lésion s'organise, le pylore se resserre et la sténose devient complète et irréversible. L'estomac se distend, est le siège d'une stase importante, et alors apparaissent des vomissements alimentaires abondants. C'est une évolution à longue échéance, qui s'étend sur de nombreuses années.

Parfois, l'état de sténose peut être aggravé par l'existence d'un œdème péri-ulcéreux important dont l'atténuation peut libérer un estomac dont le pylore semblait tout à fait imperméable. L'examen radiologique a d'ailleurs, dans ces cas de sténose, une grande valeur diagnostique. Il permet d'évaluer l'état d'irritation du sphincter, de constater la stase gastrique, de se faire une idée du degré de sténose; nous en verrons tous les aspects au chapitre suivant.

En dehors de la sténose, l'ulcère du canal pylorique peut donner lieu à d'autres complications.

Les hémorragies consécutives aux ulcères du canal pylorique sont plutôt rares. Nombre d'auteurs affirment que les ulcères du canal pylorique sont les formes les moins hémorragiques des ulcères digestifs; un seul de nos cas a présenté du melæna cliniquement décelable, et un autre une hématémèse. Gutmann, sur 39 cas, ne retient que quatre hématémèses et trois melæna occultes.

Les perforations en relation avec les ulcères pyloriques sont peu fréquentes; il est vrai que, sur la table d'opération, il est difficile de dire si l'ulcère est exactement pylorique ou bulbaire, et que le diagnostic n'est pas toujours précisé lorsque survient la perforation. Il semble toutefois que, compte tenu de son caractère exceptionnel par rapport à l'ulcère duodénal, l'ulcère du canal pylorique se perfore beaucoup moins souvent que lui.

Il est certain que la complication la plus redoutable doit être la cancérisation, mais à cet égard l'ulcère du canal pylorique se comporte-t-il comme un ulcère pré-pylorique ou du bulbe ? Aucun de nos malades, malgré un recul important pour plusieurs de nos observations, n'a subi cette transformation maligne. Gutmann précise cependant que l'ulcère du canal pylorique est sujet à la transformation maligne et qu'il se comporte, à ce point de vue, comme les ulcères des parois gastriques, ce qui le différencie essentiellement du duodénum sur lequel cette dégénérescence n'a jamais été diagnostiquée.

Du point de vue histologique, il est intéressant de noter que la muqueuse pylorique est envahie par des glandes en tube, longues, contournées et peu serrées. Celle du duodénum contient des glandes de Lieberkuhn et de Brünner, ces dernières envahissant la celluleuse.

Ces formations ne sont pas rencontrées dans la muqueuse pylorique.

En définitive, l'évolution des ulcères du canal pylorique permet un pronostic favorable. La sténose, complication redoutable, est assez rare. Si la moitié des ulcéreux pyloriques peuvent présenter passagèrement quelques troubles d'évacuation gastrique, bien moins d'un quart des malades aboutissent à une sténose complète qui, d'ailleurs, ne se réalise qu'après plusieurs années d'évolution. Les autres complications, dont la fréquence n'est pas plus élevée que pour les autres localisations ulcéreuses, ne confèrent pas aux ulcères du canal pylorique un plus grand caractère de gravité.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

L'étape radiologique a acquis, dans le diagnostic des ulcères digestifs, une place de premier ordre. L'examen clinique permet, tantôt d'affirmer le syndrome ulcéreux, tantôt ne permet que de le soupçonner. Quant au siège de l'ulcère, au niveau du canal pylorique, c'est l'examen radiologique qui doit le préciser.

Le premier diagnostic radiologique d'ulcère du canal pylorique fut posé par H. Béclère, en 1928, sur la constatation d'une hyperkinésie marquée d'un canal pylorique excentré par rapport à la base du bulbe.

En 1933, l'auteur allemand Teschendorf confirme l'existence de la niche pylorique.

Dans sa thèse, Hoffmann, en 1936, insiste sur l'importance de l'examen radiologique, attirant l'attention sur la recherche capitale de la niche. Il développe les conceptions de Gutmann sur le rôle respectif de la radioscopie et de la radiographie.

A l'heure actuelle, les techniques et les appareils ont été améliorés; l'examen radiologique est devenu systématique. Les résultats fournis par les deux examens radioscopique et radiographique se complètent : ils doivent être pratiqués l'un après l'autre.

La radioscopie est un premier temps très instructif et indispensable. Tous les auteurs ont insisté sur sa nécessité, faisant toutefois remarquer son insuffisance à elle seule. L'écran permet, en premier lieu, de déterminer l'orientation d'un canal pylorique opacifié et de régler ainsi l'incidence

pour les examens graphiques ultérieurs. Mais aussi, outre la morphologie, il permet de connaître l'état physiologique du pylore. Normalement invisible, le pylore se dessine lors du passage de la bouillie opaque, au moment des contractions gastriques dont les ondes péristaltiques, aboutissant au sphincter, le forcent, livrant passage au contenu gastrique. Ainsi projeté, le pylore, sur l'écran, a la forme d'un conduit étroit, à bords réguliers, légèrement concaves. Son axe est celui de l'antre, en direction du milieu du bulbe.

Le fonctionnement pylorique peut être troublé; il en résulte, soit une accélération de l'évacuation, les ondes péristaltiques se succèdent et le pylore libère rapidement des gorgées successives de contenu gastrique. C'est le fait d'une excitation; l'hyperkinésie pylorique a une réelle valeur indicatrice. Mais aussi il peut y avoir véritable sténose pylorique; les ondes de contraction gastrique n'arrivent pas à vaincre le pylore. Cet état peut être transitoire ou définitif. Dans le premier cas, le pylore finit par céder et l'estomac s'évacue; mais si la sténose est complète et serrée, l'estomac devient atone, se distend, et on remarque une importante stase gastrique. Des déformations du pylore opacifié peuvent être décelées sur l'écran : rigidité du pylore, coudures, décentration, qui d'ailleurs sont reproduites par les films.

Ainsi, les renseignements fournis par la radioscopie sont très intéressants; ils peuvent orienter vers un diagnostic d'ulcère de la région pylorique, mais la mise en évidence de l'ulcère lui-même nécessite, au contraire, d'excellentes radiographies.

Elles devront être exécutées en position correcte, essentiellement en procubitus, avec grille anti-diffusante; selon les constatations scopiques, le procubitus sera tout à fait ventral ou en oblique droit, de façon à dégager la région pylorique de l'ombre de la colonne lombaire, et de façon à obtenir des évacuations assez fréquentes. Si l'examen dit « standard » ne permet pas de tirer des conclusions nettes,

ici comme pour beaucoup d'autres lésions gastriques ou duodénales, l'examen après injection de morphine (épreuve de Porcher) peut être nécessaire. J.-J. Dubarry n'a pas eu besoin de recourir à cette méthode pour mettre en évidence les dix ulcères pyloriques que nous rapportons.

Le signe radiographique capital de l'ulcère du canal est la niche. Cette niche est plus ou moins facilement visible sur les clichés. C'est, habituellement, une niche de face, comme pour les ulcères duodénaux. Si le canal est rempli, elle est marquée par une tache plus large que le reste du trajet pylorique; elle est, au contraire, isolée entre l'estomac et le duodénum si le canal est vide. Sa forme, en général ronde, peut être ovalaire ou même légèrement étoilée, et sa dimension est réduite du fait de l'exiguïté de la région. Bien souvent, elle est entourée d'une zone d'œdème qui peut la rendre floue ou, par contraste, marque davantage ses bords.

Nos clichés présentent ces diverses variétés avec des niches plus souvent ovalaires, parfaitement visibles sur un canal vide (figures 2, 5 et 6) ou bien en position élargie sur un canal rempli (fig. 3). Sur certains films, la niche semble empiéter sur le bulbe duodénal, mais ce n'est, dans ce cas, que le fait d'une projection résultant d'une incidence un peu oblique.

A côté de ce signe d'évidence, la radiographie peut fixer certains signes indirects en faveur d'une lésion ulcéreuse. Le fonctionnement pylorique ne peut être étudié sur les films comme à l'écran, bien que la prise des clichés en série renseigne sur des états pyloriques très rapprochés dans le temps. On peut noter sur les films une coudure du canal, tel notre fig. 1, sur laquelle la niche est à l'angle du coude. Le décentrement pylorique, par rapport à la base du bulbe, n'est pas caractéristique; il peut coexister avec un ulcère du canal, mais surtout avec un ulcère duodénal assez proche. Les radiographies peuvent reproduire une rigidité d'un des bords du canal, consécutive à une infiltration cicatricielle.

Les films définissent également un état de sténose du canal lorsque l'estomac reste opaque, plusieurs heures après l'ingestion, et que le transit du grêle ne se dessine pas.

Il y a lieu de noter l'absence de rétraction de la petite courbure dans les ulcères du canal pylorique, signe de grande valeur pour le diagnostic différentiel avec les ulcères pré-pyloriques.

Mais, de tous ces signes, seule la niche permet un diagnostic de certitude. Tous les autres peuvent être causés par des lésions autres qu'un ulcère; nous envisagerons ces possibilités dans le diagnostic différentiel.

Fig. 1 (obs. I).

Fig. 2 (obs. II).

Fig. 3 (obs. IV).

Fig. 4 (obs. V).

Fig. 5 (obs. VI).

Fig. 6 (obs. VIII).

Fig. 7 (obs. IX).

Fig. 8 (obs. X).

DIAGNOSTIC DES ULCÈRES DU CANAL PYLORIQUE

Le diagnostic d'ulcère du canal pylorique est impossible à poser par la seule clinique; celle-ci peut découvrir le syndrome ulcéreux, mais elle ne permet pas de préciser le siège de l'ulcère. Dans les cas typiques, encore est-il possible de soupçonner la localisation pylorique de l'ulcère. Dans les autres cas, c'est alors sur l'irrégularité des douleurs, les périodes de courte durée et la brièveté de l'intervalle de bien-être que l'on doit se baser pour déceler l'ulcère du canal pylorique.

Cependant, la diversité des manifestations cliniques de nombre d'ulcères du canal pylorique, rend plus embrouillé le diagnostic différentiel :

Il faudra éliminer :

1° Les autres localisations ulcéreuses. Leur tableau clinique est généralement plus schématique : périodicité douloureuse bien marquée, périodes d'égale longueur : trois semaines à un mois et se renouvelant deux à trois fois dans l'année. L'horaire douloureux quotidien des ulcères de la petite courbure ou du duodénum est marqué d'un caractère propre à chaque localisation. La difficulté peut résulter d'une organisation de la lésion qui rend parfois plus irrégulières les périodes douloureuses, comparables aux manifestations atypiques des ulcères du canal pylorique.

2° Les crises vésiculaires. Gutmann insiste sur ces manifestations gastriques d'une lésion vésiculaire, sans température ni Murphy, et dont la douleur épigastrique a plus précisément une périodicité courte, avec des intervalles irréguliers. Dans ces cas, il convient de rechercher très

minutieusement s'il existe des troubles du réveil, une intolérance alimentaire, une cause déclenchante (règles, froid, écarts de régime) ; la douleur d'origine vésiculaire est à type de brûlure plutôt que de crampe.

Il ne faut pas oublier qu'il existe cliniquement des syndromes pseudo-ulcéreux.

L'appendice peut être à l'origine de ces manifestations. Il n'est pas rare que l'appendicectomie améliore considérablement ces présumés gastriques.

L'état inflammatoire de la muqueuse des régions pyloriques et avoisinantes peut se révéler par des manifestations pseudo-ulcéreuses. MM. Dubarry et Dubourg décrivent une « anthro - pyloro - bulbite vagotonique pseudo - ulcéreuse » cliniquement caractérisée par un syndrome de dyspepsie hypersténique, avec généralement brûlures épigastriques et pyrosis, intolérance alimentaire rappelant celle des biliaires, et affectant dans son évolution une périodicité pseudo-ulcéreuse. Radiologiquement, estomac hypertonique et hyperkinétique, et l'anatomie pathologique montre des lésions inflammatoires de la muqueuse antro-bulbaire.

Quand la clinique permet de conclure à un ulcère sténosant, c'est avant tout une lésion bulbaire qui doit être incriminée puisque l'ulcère du canal pylorique est exceptionnel et qu'il ne se complique de sténose que rarement, comme nous l'avons vu.

Mais, dans tous les cas où la clinique permet de suspecter un ulcère, l'examen radiologique met en évidence la lésion et détermine exactement son siège. Seule l'existence d'une niche pylorique identifie et situe l'ulcère; des signes indirects, tant déformation du pylore que vices de son fonctionnement, sont insuffisants; ils peuvent aiguiller vers la découverte de l'ulcère dont on ne pourra, toutefois, affirmer la présence qu'avec la découverte de la niche.

Mais le doute qu'ils laissent planer conduira à d'autres examens qui pourront devenir plus démonstratifs.

Cependant, les causes d'erreurs sont fréquentes et il peut exister des aspects trompeurs. Il est possible, d'autre part,

de commettre des erreurs d'interprétation, voir à tort un ulcère pylorique ou ne pas savoir le déceler. Par conséquent, nécessité de bons clichés en bonne position, et nécessité d'une bonne interprétation, prudente et raisonnée.

Les plis de la muqueuse, normalement longitudinaux, peuvent prendre une direction oblique, déterminant des plissements de la paroi, comparables à des niches. Ces images sont toutefois inconstantes. Elles varient d'un cliché à l'autre.

Les portions du duodénum, se projetant sur la base bulbaire, peuvent retenir des résidus de substance opaque qui seront la cause d'une mauvaise interprétation.

Il y a également lieu de ne pas prendre une niche pylorique pour une niche du bulbe, et inversement.

Les signes indirects peuvent eux-mêmes relever d'une cause étrangère à une ulcération pylorique. L'existence d'une ulcération voisine du pylore, mais en dehors de lui, peut retentir sur son fonctionnement et sa morphologie. Le décentrement pylorique, l'hyperkinésie ne sont pas propres aux ulcères du canal pylorique. Cette irritabilité du sphincter relève, bien plus souvent, d'un état inflammatoire dont il faudra faire le diagnostic par un examen radiologique minutieux et avec l'aide de la clinique. Toutefois, l'état inflammatoire est souvent concomitant à l'ulcère et peut précéder sa création. La coudure du canal ou l'infiltration de ses parois peuvent trouver leur cause dans l'altération d'organes voisins et être le fait de rétractions cicatricielles.

Dans le cas de sténose pylorique, l'écran apporte un élément diagnostique important. Il permet de suivre le fonctionnement pylorique, la constance ou l'inconstance de ses aspects, sa réaction aux antispasmodiques. Il renseigne sur l'état de l'estomac et définit le degré de sténose.

Le diagnostic des ulcères du canal pylorique est rendu en définitive assez difficile du fait de la fréquence de formes atypiques. Il doit reposer sur une étude clinique approfondie et ne pourra être affirmé que par la radiologie, avec d'excellents clichés.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

L'ulcère du canal pylorique réagit assez bien aux agents thérapeutiques. La plupart des malades que nous avons suivis ont ressenti une amélioration de leur état à la suite du traitement. L'atténuation des douleurs et la diminution de fréquence des périodes douloureuses sont assez sensibles dès le début; il est parfois nécessaire de varier la thérapeutique, mais nous avons noté des reprises de poids allant jusqu'à 20 kilogrammes. Le régime et le traitement sont les mêmes que ceux des autres localisations ulcéreuses.

J.-J. Dubarry a utilisé les alcalins, les poudres inertes, les antispasmodiques associés aux injections de Laristine, Algipan, Hista-Dimilli. Il a, dans quelques cas, institué des séries d'extraits parathyroïdiens et de bromure-atropine intraveineux qui ont donné d'excellents résultats dans les cas de sténose transitoire.

Un seul de nos malades en état de sténose complète a été opéré. Il y avait un telle périviscérite que le chiurgien, cependant audacieux et rompu aux techniques chirurgicales, n'a pu faire qu'une gastro-entérostomie dont les résultats ont été, d'ailleurs, excellents. C'est cependant la gastrectomie qui doit être préconisée chaque fois qu'elle est possible, comme pour les autres localisations ulcéreuses, cela d'autant plus que la possibilité d'une cancérisation de la lésion ne peut être exclue.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère du canal pylorique est rare puisque, des diverses statistiques ainsi que de la nôtre, il ressort qu'on ne l'observe que dans 1 % des cas au maximum. Il s'observe habituellement entre trente et quarante-cinq ans et, comme les autres ulcères, surtout chez l'homme.

II. — Cliniquement, il revêt tantôt une allure franchement ulcéreuse, tantôt — et c'est la majorité des cas — une allure assez atypique, soit par son manque de périodicité, soit par son horaire irrégulier.

III. — De toutes façons, le siège pylorique de l'ulcère ne peut être précisé que par la radiologie qui est donc aussi indispensable pour les cas cliniquement typiques que pour ceux qui sont atypiques, mais il faut, après un examen radioscopique minutieux, surtout pour bien dégager le canal pylorique, faire d'excellentes radiographies. Elles montrent des signes indirects importants mais non pathognomoniques (coudure du canal, excentration du pylore, etc.), et surtout la présence d'une niche, signe nécessaire et suffisant pour le diagnostic.

IV. — L'évolution de cet ulcère du canal pylorique n'est pas spécialement grave; en effet, si la cancérisation est possible, elle paraît rare, et aucun de nos dix cas personnels, cependant suivis pendant quelques années, n'a eu une telle complication. Les hémorragies sont rares, de même que les perforations. Quant à la sténose, qu'on s'attendrait à trouver

souvent, elle est en réalité elle-même peu fréquente. Sur nos dix cas, une seule sténose organique serrée, ayant déterminé une intervention, et trois sténoses partielles passagères qui ont très bien obéi au traitement médical. Celui-ci ne diffère pas du traitement des autres localisations ulcéreuses et ses résultats sont, dans l'ensemble, bons, supérieurs même à ceux obervés dans les autres ulcères gastriques ou duodénaux.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
L. CHELLE.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 Juin 1950.
Le Recteur.
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Cade (R.). — Contribution à l'étude de la séméiologie radiologique des ulcères pyloriques et duodénaux. Thèse, Lyon, 1932.

Chêne (P.) et Spriet (R.). — Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, n°s 8 et 9, 1946.

Dubarry (J.-J.) et Dubourg (G.). — Anthro-pyloro-bulbites vagotoniques pseudo-ulcéreuses. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, n°s 7 et 8, t. XXXVII, juillet-août 1948.

Dubreuil (G.) et Baudrimont (A.). — Manuel théorique et pratique d'histologie. Vigot Frères, édit., IVe édition.

Dufour (P.) et Denis (R.). — Diagnostic radiologique des ulcères du canal pylorique. Société d'Electro-Radiologie du Centre Lyonnais, séance du 11 juin 1939.

Garin (Ch.) et Bernay (P.). — L'ulcère pylorique vrai. *Journ. de Méd. de Lyon*, n° 423, 20 août 1939.

Gutmann (R.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. G. Doin, édit., IVe édition, 1947.

Gutmann (R.) et Hoffmann. — Les ulcères du canal pylorique. *Bul. Mens. Soc. de Radiol. Méd. de France*, octobre 1935, t. XXIII, pp. 503-516.

Hoffmann. — L'ulcère du canal pylorique. Thèse, Strasbourg, 1936.

Jutras (A.). — Considérations sur les ulcères de la valvule et du canal pylorique. Union Médic. du Canada, février 1936.

Mazerat. — Les anthro-pyloro-bulbites vagotoniques pseudo-ulcéreuses. Thèse, Bordeaux, 1949.

Picard (R.). — Dix cas d'ulcères du canal pylorique. Soc. d'Elec. Radiol. Médic. de l'Ouest, séance du 29 juin 1937.

Ridnik (S.). — L'ulcère pylorique vrai. Thèse, Lyon, 1937.

Sarles (R.) et Garcin (J.). — Sur le diagnostic radiologique de l'ulcère pylorique. *Arch. de Méd. Génér. Colon.*, 1938, n° 6, p. 229.

Sauvan. — Le décentrement pylorique, signe radiologique d'ulcère gastro-intestinal. Thèse, Lyon, 1937.

Testut et Latarjet. — Traité d'anatomie humaine. Doin, édit., IX[e] édition.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.